Lane Medical Library

Über

idiopathische chronische Peritonitis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 25. September 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Albert Vanselow

prakt. Arzt

aus Mersin in Pommern.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Busch, prakt. Arzt.

- Dr. med. Weidemann.

- Cand. med. F. Behling.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0376

Wenn man in den Lehrbüchern der Pathologie und Therapie über allgemeine chronische Peritonitis nachliest, so findet man darin die Angabe, dass dieselbe meist durch Tuberkulose bedingt werde und andere Formen zu den grössten Seltenheiten gehören.

Von manchen Autoren werden gewöhnlich noch zwei Formen genannt, einmal diejenige chronische Peritonitis, welche aus einer akuten hervorgeht, und andererseits jene, welche durch lange andauernden Stauungsascites hervorgerufen wird. Wenn auch die akute Bauchfellentzündung in den allermeisten Fällen einen letalen Ausgang nimmt, so ist es doch nicht unbekannt, dass in einigen selteneren und leichteren Fällen die Krankheit sich in die Länge zieht: die ersten stürmischen Erscheinungen lassen nach, es bilden sich Absackungen des Exsudates mit dicken Schwarten und diese gerade sind es, welshe der Resorption des Exsudates die grössten Hindernisse in den Weg legen. Häufig geschieht es, dass frische Nachschübe der Entzündung eintreten, die neues Exsudat liefern und so ein langes Siechtum verursachen, in welchem zeitweise Besserungen und Verschlimmerungen mit einander abwechseln. Die andere Form tritt bei venösen Stasen auf, wie solche durch chronische Lungen-, Herz-, Nieren- oder Leberleiden bedingt werden. Die Entstehung dieser Form von allgemeiner chronischer Bauchfellentzündung wird indessen weniger auf die Stauung an sich als vielmehr auf die zur Entfernung der Ascitesflüssigkeit vorgenommenen Punktionen zurückgeführt, nach welchen wegen der plötzlichen Abnahme des intraabdominellen Druckes ein fluxionäres Einströmen von Blut in die Gefässe des Bauchfells mit seinen Folgen stattfindet.

Nur von wenigen Autoren wird noch eine dritte Form angeführt, für deren Ursprung die genannten Momente nicht verantwortlich gemacht werden können, die auch nicht zu den tuberkulösen Peritonitiden gerechnet werden darf, sondern ihrem ganzen Wesen nach am

besten wohl als einfache oder idiopathische Peritonitis bezeichnet wird.

Obwohl schon von älteren, besonders englischen und französischen Autoren unter dem Namen eines „essentiellen Ascites“ Mitteilungen über Krankheitsfälle gemacht worden sind, die aller Wahrscheinlichkeit nach dieser idiopathischen Form zugezählt werden müssen, so steht doch gegenwärtig noch eine grosse Zahl von Autoren auf dem Standpunkt, den selbständigen Charakter dieser Krankheit in Zweifel zu ziehen. Seitdem indessen in neuerer Zeit besonders Galvagni und Vierordt an der Hand eines umfangreichen beweiskräftigen Materials für ihre Existenzberechtigung in die Schranken getreten sind, hat sich die Zahl ihrer Anhänger rasch vermehrt. Dass so lange in der Beurteilung dieser Krankheitsform eine klinische wie pathologisch-anatomische Unsicherheit obwalten konnte, liegt wohl vorzugsweise an dem gutartigen Charakter derselben, der es selten zu Sektionen kommen lässt, wenn nicht gerade zufällig durch eine interkurrente Erkrankung der Exitus herbeigeführt wird. Nur von Henoch, Bauer und Vierordt ist über stattgehabte Sektionen berichtet, welche die Diagnose vollkommen bestätigten.

Zu dieser Kategorie gehört ein Fall, der vor einiger Zeit in der Klinik des Herrn Geh.-Rat Henoch zur Beobachtung gelangte. Es wurde mir freundlichst die Erlaubnis gegeben, diesen Fall genauer zu untersuchen und zu verfolgen und die Ergebnisse meiner Beobachtungen zu veröffentlichen, wofür ich Herrn Geh.-Rat Henoch auch an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank ausspreche.

Laura M., Arbeitertochter, 11 Jahre alt. Von ihren Eltern lebt der Vater und ist gesund. Die Mutter ist 4 Wochen nach einer Entbindung angeblich an Typhus verstorben. In der Ascendenz beider Ehegatten ist eine phthisische Belastung nicht nachweisbar. Patientin selbst ist bis zum Sommer 1885 stets gesund gewesen. Im August d. J. erkrankte sie an Masern, die ohne weitere Folgen verliefen. Im Oktober 1885 spürte Patientin Schmerzen in der Lendengegend, die sich allmählich mehr und mehr steigerten. Zu gleicher Zeit schwoll der Unterleib an und nahm bald einen beträchtlichen Umfang an. Die oberen und unteren Extremitäten, sowie

das Gesicht zeigten keine Spur von Oedemen. Schliesslich wurde zur Punktion des Abdomens geschritten und angeblich vier Liter einer hellen Flüssigkeit entleert. Patientin hatte hierdurch grosse Erleichterung und fühlte sich bis Mitte Dezember relativ wohl. Von da ab stellten sich die Unterleibsbeschwerden von neuem ein, der Leib schwoll abermals an, erheblicher als das erste Mal, so dass Patientin zu Bette liegen musste. Am 16. Januar 86 wurde wiederum punktiert. Da dadurch eine Heilung nicht erzielt wurde, so wurde Patientin am 20. Januar zur Charité gebracht. Gelenkrheumatismus ist früher nie vorhanden gewesen, auch hat Patientin Beschwerden von Seiten des Herzens nie gehabt.

Stat. praes. Patientin ist ein mittelgrosses, schlankes Mädchen mit schwacher Muskulatur und dürftigem Fettpolster. Die Haut des Gesichts wie der sichtbaren Schleimhäute ist anämisch, der Thorax ziemlich flach, fossae supra- und infraclaviculares beträchtlich eingezogen, Intercostalräume sehr deutlich ausgeprägt. Die Percussion ergiebt auf beiden Seiten lauten, hellen Lungenschall mit leicht tympanitischem Beiklang. Bei der Auscultation ist überall normales vesikuläres Atmungsgeräusch hörbar. Die Herzdämpfung beginnt oben am untern Rand der 3. Rippe, wird unten durch den tympanitischen Schall des Magens abgelöst, reicht rechts bis zur Mittellinie des Sternum und links nicht ganz bis zur Mammillarlinie. Herztöne etwas dumpf, besonders der systolische, doch ohne Geräusche. Die Leberdämpfung beginnt in der Mammillarlinie an der 6. Rippe und wird unten durch den lauten tympanitischen Darmschall verdeckt, der zwei Finger breit über den untern Rippenrand hinaufreicht, so dass also die Leber auffallend hoch steht. Das Abdomen ist nicht unerheblich aufgetrieben, Umfang des Leibes in Nabelhöhe 68 cm. In der Linea alba unterhalb des Nabels befindet sich ein kleiner Schorf, der von einer Punktion herrührt. Die Haut des Abdomens zeigt eine dunkelpigmentierte Farbe. Eine genauere Untersuchung ist nicht möglich, da Patientin bei Berührung die Bauchdecken wegen Empfindlichkeit anspannt. Die oberen und unteren Extremitäten sind frei von ödematösen Anschwellungen. Urin von normaler Beschaffenheit, frei von Eiweiss und geformten Bestandteilen. Patientin hat zur Zeit, ausser der Druckempfind-

lichkeit des Leibes, keinerlei Beschwerden. Appetit und Stuhlgang zeigen keine krankhaften Abweichungen. Es besteht kein Fieber. Die in der Narkose vorgenommene Untersuchung des Abdomens ergiebt freien Ascites. Kein Tumor nachweisbar.

6. II. 86. Das Abdomen hat an Umfang erheblich zugenommen; analog verhält sich die Dämpfnng in Rückenlage; Leibesumfang 72 cm, also seit 20. I. eine Zunahme um 4 cm. Allgemeinbefinden gut, Patientin ist ausserhalb des Bettes.

26. II. Der Leibesumfang ist wiederum grösser geworden, beträgt 77 cm, also 5 cm mehr als am 6. II. Patientin bekommt von jetzt ab Wildunger Wasser und soll das Bett hüten.

3. III. Da die Spannung und Ausdehnung des Leibes neuerdings eine erhebliche Zunahme erfahren hat, so wird die Punktion in der Narkose gemacht und 7500 ccm einer klaren, grünlichgelben Flüssigkeit entleert. Das Befinden der Patientin nach diesem operativen Eingriff ist ausgezeichnet.

5. IV. Patientin hat ein blasses Aussehen, doch Allgemeinbefinden gut, kein Fieber, Abdomen weich und leicht eindrückbar, Punktionstelle druckempfindlich. Zur Kräftigung wird Decoct. Chinae und Rotwein gegeben.

3. V. Das Abdomen hat wieder an Umfang zugenommen, Circumferenz 69 cm. Der erneuten Ansammlung ascitischer Flüssigkeit entsprechend gedämpfter Schall in den Seitenteilen. Urin frei von Eiweiss. Es wird Inf. Sennae comp. gegeben.

8. VI. Es wird eine Schwitzkur eingeleitet mit diaphoretischen Thees.

10. VII. Eine Injection von Pilocarpin hat Collapserscheinungen zur Folge, die im Laufe des Tages schwinden.

15. VII. Das Pilocarpin wird deshalb verlassen und es werden dafür Schwitzbäder verordnet. Befinden zufriedenstellend.

20. VIII. Leibesumfang 73 cm Schwitzkur ausgesetzt, dafür Inf. Sennae gegeben.

28. VIII. Umfang des Abdomen 72 cm.

24. IX. Leibesumfang 66 cm. Nunmehr wird mit der medicamentösen Therapie aufgehört; die Behandlung besteht nur in guter Pflege.

15. XI. Leibesumfang 62 cm. Das bei der Aufnahme ganz elend aussehende Mädchen hat sich ausserordentlich erholt. Die blasse Farbe des Gesichts ist einer frischen, gesunden gewichen, Fettpolster hat reichlich zugenommen, das subjective Befinden ist ausgezeichnet, Patientin soll in einigen Tagen entlassen werden.

Wir haben also in dem vorliegenden Fall ein Krankheitsbild vor uns, in welchem der Ascites ganz in den Vordergrund der klinischen Erscheinungen tritt und andere Symptome von irgend welcher Bedeutung nicht hervorgetreten sind. Und grade der Umstand verdient unsere besondere Beachtung, dass Fieber niemals bestanden und dass das Allgemeinbefinden während der ganzen Dauer der Erkrankung kaum eine irgendwie belangreiche Störung erfahren hat. Diese Erscheinung steht nicht vereinzelt da, sondern wird in der Mehrzahl der Fälle, die als hierher gehörig bezeichnet werden können, bestätigt. In einer andern Reihe von Fällen ist das klinische Krankheitsbild nicht mehr so einfach gewesen, es sind neue Erscheinungen zu Tage getreten, welche dasselbe complicierter gestalteten. Man hat nun in neuster Zeit den Versuch gemacht, unter Benutzung aller veröffentlichten Fälle den ganzen Symptomencomplex zu einem bestimmten Krankheitsbilde zusammenzufassen und so einen Typus der chronischen idiopathischen Peritonitis aufzustellen. Es ist nicht zu erwarten, dass dieses Bild ein sehr prägnantes, scharf umgrenztes sein wird, zumal die Krankheit auch grosse graduelle Unterschiede aufweist. Dennoch verdient dieser Versuch unsere volle Anerkennung, weil er viel dazu beiträgt, das Dunkel dieser Krankheit immer mehr aufzuhellen. Sicher sind bei dem Entwurfe dieses typischen Krankheitsbildes Fälle verwertet worden, welche als mit unserer chronischen Peritonitis übereinstimmend nicht angesehen werden können, da viele einen andern Ursprung haben dürften. Grosse Verwirrung herrscht hier noch besonders auch deswegen, weil man vielfach die Bezeichnungen „Ascites“ und „chronische Peritonitis“ durch einander wirft und sie als gleichbedeutend gebraucht, obwohl doch der Ascites keine Krankheit, sondern Symptom einer Krankheit ist und das Produkt eines transsudativen Vorgangs darstellt, welcher der Exsudation als einem entzündlichen

Prozesse gegenübersteht. Das Produkt der Exsudation unterscheidet sich bekanntlich von dem der Transsudation sehr wesentlich durch den Gehalt an Eiweiss. Wenn auch nicht alle Fälle den in dem Schema bezeichneten Verlauf nehmen, so thut das der Sache durchaus keinen Abbruch, da ja auch viele andere, in ihrem Wesen besser gekannte Krankheiten sich allerlei Abweichungen von ihrem in den Lehrbüchern dargestellten Bilde gestatten.

Galvagni unterscheidet für den normalen, typischen Verlauf drei Stadien, ein Stadium der Prodrome, der Exsudation und der Resorption. Er versucht sogar die einzelnen Stadien zeitlich abzugrenzen und nimmt für ersteres 75, für das andere 55 und für das dritte 30 Tage an. Gewiss hat diese Berechnung nur einen sehr untergeordneten Wert, weil doch niemals ein Fall dem andern in der Dauer gleicht.

Das Prodromalstadium ist am wenigsten mit einiger Sicherheit abzugrenzen, ja in den meisten Fällen scheint es überhaupt zu fehlen, besonders, wenn die Krankheit einen mehr subakuten Anfang nimmt; hier beginnt sie sogleich mit der entzündlichen Ausschwitzung. Wenn man nun einmal, der Schematisierung der meisten andern menschlichen Krankheiten analog, die Periode der Vorläufererscheinungen aufrecht erhalten will, so wird sie den Zeitraum umfassen, welcher zwischen dem Zeitpunkt des ersten Auftretens subjectiven Unbehagens und anderer mehr allgemeiner Erscheinungen und dem des Eintretens des exsudativen Ergusses in die Peritonealhöhle liegt. Dabei muss bemerkt werden, dass sich dieses erste Auftreten von Flüssigkeit in der Bauchhöhle jedweder Controle entzieht, und dass das Exsudat schon etwas erheblich sein muss, ehe es mit unsern diagnostischen Hilfsmitteln mit Sicherheit erkannt werden kann. Die Erscheinungen nun, welche sich in diesem Stadium bemerkbar machen, beziehen sich mehr auf eine Alteration des subjectiven Befindens der Patienten und liegen keinem objectiven palpablen Befunde zu Grunde. Die Patienten klagen über Mangel an Appetit, über ein Gefühl von Druck und Schwere in der Magengegend oder in den Hypochondrien. In den sonstigen körperlichen Functionen zeigt sich keine Anomalie. Man sollte erwarten, dass, da es sich, um einen entzündlichen Vor-

gang an einer bekanntermassen sehr empfindlichen serösen Membran handelt, der Schmerz ein konstantes und hervorstechendes Symptom wäre, allein nur bisweilen klagen die Patienten und dann nur über unbedeutenden Schmerz an verschiedenen Stellen des Leibes und pflegen erfahrungsgemäss wenig Gewicht darauf zu legen; denn derselbe ist oft so gering, dass er nur bei stärkerem Zudrücken seitens des untersuchenden Arztes empfunden wird. Nach Christensen soll der mittlere Teil des Leibes sich auf Druck am empfindlichsten erweisen, in zweiter Linie die Regio hypogastrica. Derselbe Autor erwähnt, dass in seinen Fällen der Schmerz besonders nach dem Essen quer über dem Nabel aufgetreten sei, und meint, dass er durch den Druck des vollen Magens auf das entzündlich afficierte Netz bedingt sei, eine Erklärung, die wenn die Beobachtung richtig, ganz plausibel erscheint.

Heftigere Erscheinungen, wie Erbrechen, sind nur in einem einzigen Falle von Vierordt beobachtet worden, und in denjenigen Fällen, deren Ursprung von einer voraufgegangenen oder noch bestehenden Pleuritis auf dem Wege der Fortpflanzung durch die Lymphgefässe abzuleiten ist, werden selbstverständlich die Anfangssymptome der Peritonealerkrankung durch das Krankheitsbild der primären Pleuritis verdeckt werden.

Die genannten Erscheinungen, wenn überhaupt vorhanden, sind so vieldeutiger Natur, dass sie keinerlei Schluss auf die Art und den Sitz der Erkrankung zulassen, und wenn ein Patient mit derartigen Klagen in der Sprechstunde erscheint, so wird man gewiss sich meist damit begnügen, dieselben auf gastrische Störungen, auf einen leichten Magenkatarrh zurückzuführen. Selten wird man daran denken, dass der „Magenkatarrh“ der Vorläufer einer chronischen Entzündung des Bauchfells ist.

Viel deutlicher ausgeprägt ist das zweite Galvagnische Stadium, das der Exsudation, weil der séröse Erguss in die Abdominalhöhle auch der objectiven Untersuchung ein günstiges Angriffsfeld darbietet. Die Masse der ergossenen Flüssigkeit ist verschieden, in der Regel recht erheblich, und die gegenteilige Behauptung Grisolle's, dass sich der Ascites in kaum einem zehnten Teil der Fälle vorfinde, verdient keinen Glauben.

Allerdings kann die ergossene Flüssigkeit in so geringer Menge vorhanden sein, dass sie sich der objectiven Feststellung entzieht. Es sind dies entweder leichtere Formen der Krankheit oder jene Fälle, in denen der chronisch-entzündliche Prozess weniger in einer Ausschwitzung von freier Flüssigkeit als vielmehr in einer Bindegewebswucherung und fibrinöser Auflagerung besteht. Diese Fibrinniederschläge gehören keineswegs zu den Seltenheiten, sondern sind in vielen Fällen neben dem Ascites vorhanden. Dieselben stellen sich bei der Untersuchung entweder als mehr diffuse Härten dar oder sind an einigen Stellen so reichlich angehäuft, dass sie der untersuchenden Hand als grössere, stark hervorragende und scharf umschriebene Tumoren erscheinen und den Gedanken an eine maligne Erkrankung des Bauchfells, an Carcinom oder Sarcom, nahe legen, was sich dann durch den gutartigen Verlauf als eine irrige Vermutung erweist. Von besonderem Umfange waren diese entzündlichen Fibrintumoren in einem Fall von Vierordt und in einem andern von Henoch, auf welch letzteren wir wegen seiner zweifellosen Entstehung noch bei Besprechung der ätiologischen Momente zurückkommen werden. Schwierig zu entscheiden ist die Frage, ob die Fibrinniederschläge gleich von Anfang der Exsudation an vorkommen oder erst dann sich bilden, wenn die Resorption der ergossenen Flüssigkeit in Gang gekommen ist. Praktisch hat diese Frage keine grosse Bedeutung, wie Vierordt sehr richtig bemerkt, weil die Fibrintumoren erfahrungsmässig ebenso leicht schwinden können wie die Flüssigkeit, und andererseits, wenn sie lange bestehen bleiben, auch darin von manchen transsudativen oder exsudativen Ergüssen selbst sich nicht unterscheiden.

Die Farbe des Peritonealergusses ist hell, gelblich, bisweilen grünlich oder selbst rötlich, Farbenunterschiede, die in der Beimischung von Blut ihre Erklärung finden. Die Untersuchung des Eiweissgehalts ist, obwohl bei unseren jetzigen Hilfsmitteln keine schwierige Aufgabe, doch in den meisten Fällen versäumt worden. Die Bestimmung desselben aber würde von grosser diagnostischer Wichtigkeit sein in Beziehung auf die Frage, ob man es mit einem Exsudat oder Transsudat zu thun hat. Nach A. Reuss, welcher dieser Frage näher getreten ist, beträgt in der Regel das spezifische Gewicht des Exsu-

dates 1018 und darüber, das spezifische Gewicht des Transsudates 1015 und darunter.

In den Vierordt'schen Fällen war das spez. Gewicht 1022, 1020, 1018, 1017, 1015, in einem Fall gar nur 1006, im Durchschnitt der Gehalt an Eiweiss 4 bis 4,5%, während er bei reinen Transsudaten nur 1,5—2% beträgt.

Die Auftreibung des Unterleibes entspricht der Menge des peritonitischen Exsudates und kann sehr beträchtlich werden. Galvagni berichtet von einer 31jährigen Frau, deren Bauchumfang nicht weniger als 106 cm betrug, und von einem 6jährigen Knaben, dessen Unterleibscircumferenz 63,5 cm erreichte. Auch unsere 11jährige Patientin hat es zur Zeit der grössten Leibesausdehnung auf 77 cm gebracht.

In den meisten Fällen ist die diagnostische Feststellung des exsudativen Ergusses in die Bauchhöhle keine schwierige Aufgabe: man bekommt beim Anschlagen sehr deutlich das bekannte Gefühl der Fluktuation, und wenn die Palpation nicht zu einem sichern Ergebnis führt, wie in jenen Fällen von abnormer Flüssigkeitsansammlung in der Peritonealhöhle, wo wegen der ausserordentlichen Spannung der Bauchdecken das Erzeugen einer Flüssigkeitswelle unmöglich wird, oder auch bei geringerer Menge des Exsudates, da giebt die Percussion Aufschluss über dessen Vorhandensein. In der Rückenlage des Patienten geben die mittleren Partieen des Abdomens tympanitischen Darmschall, während derselbe in den abhängigen Teilen, entsprechend der Menge des vorhandenen Exsudates, gedämpft tympanitisch wird. Lässt man alsdann den Patienten die Seitenlage einnehmen, so wird der Percussionsschall auf der jetzt höher gelegenen Seite, wo er vorher matt und gedämpft war, laut tympanitisch, indem die Flüssigkeit ihrer Schwere gemäss auf die andere Seite fällt.

Die Ausdehnung und Spannung des Leibes hat wieder verschiedene Beschwerden zur Folge. Die Kranken haben ein lästiges Gefühl von Druck und Vollsein im Leibe. Durch den gesteigerten intraabdominellen Druck wird das Zwerchfell nach oben gedrängt und in seinem inspiratorischen Herabsteigen beeinträchtigt. Daraus resultieren Brustbeklemmungen und Atmungsbeschwerden, besonders bei raschem Gehen, Laufen oder Treppen-

steigen. Ist die Wasseransammlung eine besonders hochgradige, so werden auch wohl die unteren Teile der Lungen comprimiert und dadurch atelektatisch, was natürlich die Atemnot noch bedeutend erhöhen muss.

Ein sehr häufiges Symptom ist hartnäckige Stuhlverstopfung, welche durch die Behinderung der peristaltischen Darmbewegungen bedingt wird, die ihrerseits wieder von der Schwere des exsudativen Ergusses und von der Verdickung des die Därme überziehenden Bauchfells herrührt. Bisweilen wechselt Verstopfung mit Durchfall ab.

Die Leber zeigt in den meisten Fällen keine Veränderung; einige wollen sie etwas vergrössert gefunden haben, in unserm Falle hatte sie vielleicht nicht einmal die normale Grösse. Die Feststellung ihrer unteren Dämpfungsgrenze ist übrigens bei reichlichem Ascites bedeutend erschwert.

Auch eine Vergrösserung der Milz will Galvagni in einigen Fällen beobachtet haben und erklärt dieselbe durch Stauung im Wurzelgebiet der Pfortader, der Vena lienalis, hervorgerufen durch den Druck der Ascitesflüssigkeit. Im allgemeinen aber zeigt auch die Milz keine Abweichung von der Norm.

Fieber ist ungefähr in der Hälfte der Fälle beobachtet worden, jedoch meist nur vorübergehend, selten andauernd. In den 29 Fällen Vierordts fand es sich 16 Mal vor. Die leichteren Fälle verlaufen fieberlos, desgleichen auch die mittelschweren, wozu wir auch unsern Fall rechnen wollen, der gleichfalls niemals eine Temperatursteigerung gezeigt hat, ja selbst schwerere Fälle können ohne jede Erhöhung der Eigenwärme bleiben. Jedenfalls hat das Fieber, wie bei allen chronisch-entzündlichen Prozessen, niemals eine erhebliche Höhe, die Form desselben ist remittierend, leichte Erhöhungen der Abendtemperatur mit einem Abfall auf die Norm oder selbst etwas unter die Norm am Morgen. Im allgemeinen ist die pünktliche Beobachtung der Eigenwärme von grossem Nutzen mit Bezug auf die Beurteilung der Intensität der Erkrankung. In der Regel deutet eine Steigerung der Eigenwärme und Auftreten derselben bei vorheriger Afebrilität auf eine Verschlimmerung, Schwinden des Fiebers auf eine Wendung zum Besseren. Ein länger bestehendes Fieber wird natülich, auch wenn

es nicht bedeutend ist, eine Consumption der Kräfte des Patienten im Gefolge haben, so dass allmählich eine beträchtliche Abnahme der Körperfülle eintritt und das Aussehen ein blasses und elendes wird. Doch verdient bemerkt zu werden, dass auch bei gänzlicher Fieberlosigkeit ein deutlicher Kräfteverfall sich bemerkbar macht. Gerade unser Fall bietet hierfür ein lehrreiches Beispiel, auch beiläufig insofern, als nach dem Schwinden des Ascites die kleine Patientin verhältnismässig schnell wieder frisch und blühend wurde.

Die regelmässige Controle der Harnausscheidung ist von grosser Wichtigkeit, weil sich dadurch leicht konstatieren lässt, ob die ausgeschwitzte Flüssigkeit in Zu- oder Abnahme begriffen oder stationär ist. So lange die Exsudation andauert, wird die Urinmenge der Regel nach vermindert sein, während sie bei Eintritt der Resorption eine leicht verständliche Steigerung erfährt. Hierin weicht die Harnsekretion von dem Verhalten bei andern hydropischen Transsudationen nicht ab. Der Harn selbst wird selbstverständlich in seiner chemischen Zusammensetzung keine irgendwie belangreiche Abweichung zeigen; dass sich bisweilen Spuren von Eiweiss darin vorfinden, hat bei dem entzündlichen Charakter der Krankheit nichts Auffälliges. Im übrigen erleidet das subjective Befinden des Kranken auch in diesem Stadium keine weiteren erheblichen Störungen.

Allmählich schliesst sich an das Stadium der Exsudation das der Resorption an, ein plötzliches Übergehen des einen in das andere kommt wohl selten vor. Die Beobachtungen der täglich ausgeschiedenen Urinquantitäten giebt über den ungefähren Beginn dieses Stadiums Aufschluss. Auch mit Hilfe der Percussion lässt sich die Abnahme des Exsudates nachweisen, wenn man auch den Ergebnissen der Percussion nicht so unbedingt trauen darf, wie der Vermehrung der Harnausscheidung, da doch immerhin ein scharfes und viel geübtes Ohr dazu gehört, die Schalldifferenzen auf das Genauste — worauf es hierbei doch ankommt — wahrzunehmen und somit die Höhe des Niveaus der in die Bauchhöhle ergossenen Flüssigkeit festzustellen. Mehr verlässlich dagegen ist die direkte Messung des Leibesumfangs. Die periodische Bestimmung des Körpergewichts wird auch zu diesem Zwecke angewandt, allein es lässt sich dagegen der zu-

treffende Einwand erheben, dass die Körperschwere wohl kaum erheblichen Schwankungen unterliegt, weil mit dem Eintritt der Resorption auch das Aussehen des Kranken ein besseres wird und das Fettpolster zunimmt, so dass, was dem Körpergewicht durch entferntes Exsudat entzogen wird, in etwas durch die Zunahme der Körperfülle wieder ausgeglichen wird. Immerhin mag wohl die Resorption schneller von Statten gehen, als dass in derselben Zeit schon eine in Bezug auf das Gewicht gleichwertige Kräftigung des Organismus eingetreten wäre. Nach einiger Zeit pflegt das Verhältnis sogar derart zu sein, dass der gut gepflegte und gekräftigte Körper ein höheres Gewicht aufweist, als zur Zeit der grössten Leibescircumferenz. Dass bisweilen auch bereits im Exsudationsstadium bei gutem Appetit, der ja zumeist nur geringen Störungen unterliegt, und bei reichlicher eiweissreicher Nahrung der Organismus eine wahrnehmbare Stärkung erfährt, kann bei der notorischen Fieberlosigkeit der meisten Fälle durchaus nicht auffallend erscheinen.

Die Resorption bietet vielfach Verschiedenheiten dar. Oft ist die Abnahme der Exsudatmenge eine stetige, in andern Fällen kommt die schon begonnene Resorption wieder ins Stocken, die Menge der Flüssigkeit bleibt einige Zeit stationär, bis dann wieder die Aufsaugung ihren ununterbrochenen Fortgang nimmt. Sehr selten ereignet es sich, dass die Abnahme des Exsudates durch nebenher bestehende Diarrhoe beschleunigt wird. Andererseits ist es aber auch eine nicht allzu seltene Erscheinung, dass, nachdem bereits die Resorption eine Zeit lang angedauert hatte, wieder eine Vermehrung der Flüssigkeit in der Abdominalhöhle sich einstellt; ja selbst dann, wenn es bereits den Anschein hatte oder auch mit Sicherheit festgestellt werden konnte, dass die ausgeschwitzte Flüssigkeit völlig zum Schwinden gebracht war, pflegt es häufig genug zu geschehen, dass die Exsudation von neuem beginnt. Unser Fall bestätigt dies aufs unzweideutigste. Auch mehrfache Recidive, in kürzeren oder längeren Zwischenräumen auf einander folgend, sind relativ häufig beobachtet worden. Als Grund konnte man bisweilen ein unzweckmässiges Verhalten des Patienten anschuldigen, während sich in andern Fällen ursächliche Momente nicht auffinden lassen.

Als accidentelle Erscheinung bei chronischer idiopathischer Peritonitis verdient noch eine Entzündung in der Nabelgegend erwähnt zu werden, welche von Galvagni und Vallin zuerst gesehen wurde und seitdem öfters zur Beobachtung gelangte. Letzterer fasst dieselbe als eine leichte erysipelatöse Rötung mit Ödem auf, die in seinen Fällen auf der Höhe der Exsudation auftrat, ersterer dagegen spricht von einem mehr dolenten Charakter der Entzündung, die Stelle fühlte sich heiss an und das Auftreten der Entzündung war nicht an das zweite exsudative Stadium gebunden, sondern sie zeigte sich selbst nach gänzlichem Schwund des Abdominalergusses. Der Ausgang dieser Entzündung ist meist Heilung, sehr selten Perforation des Nabels.

Als Complication sahen Galvagni, Vierordt, Bäumler in mehreren Fällen ein pleuritisches Exsudat auftreten. Dass umgekehrt eine Brustfellentzündung zum Ausgangspunkt unserer Krankheit werden kann, indem auf dem bekannten Communicationswege zwischen Brust- und Bauchhöhle das Bauchfell in Mitleidenschaft gezogen wird, wird später bei der Erörterung der causalen Momente, welche für die Entstehung der einfachen chronischen Peritonitis in Betracht kommen, besprochen werden. Von Galvagni wird noch angeführt, dass er in 2 Fällen Hydrocele als Complication beobachtet habe, was bis jetzt niemand wieder gesehen hat.

Die Diagnose der chronischen idiopathischen Bauchfellentzündung muss als eine durchaus schwierige bezeichnet werden, weil es kein einziges Symptom giebt, das für die Krankheit pathognomonisch wäre. Galvagni meint zwar, dass die periumbilicale Entzündung als ein charakteristisches Merkmal angesehen werden könne, doch findet sich dieselbe, wie schon erwähnt, so ausserordentlich selten und kommt nach Bauer sogar viel häufiger bei tuberkulöser Peritonitis vor, dass sie als diagnostisches Moment nicht verwertet werden kann. Müssen wir also auf ein sicheres und ausschlaggebendes Kriterium verzichten, so ist es klar, dass eine richtige Beurteilung des Krankheitsbildes nur möglich wird, wenn wir alle übrigen Prozesse, welche einen ähnlichen Symptomenkomplex darbieten, mit Bestimmtheit ausschliessen können. Aber auch diese Diagnose auf dem Wege der Ausschliessung stösst in vielen Fällen auf unüberwind-

liche Schwierigkeiten, so dass man alsdann nur aus dem weiteren Verlauf der Krankheit einen Rückschluss auf die Natur derselben machen kann.

Zunächst wird es darauf ankommen, das Vorhandensein einer tuberkulösen Peritonitis zu negieren. Man wird sein Augenmerk darauf zu richten haben, ob der Patient vielleicht in den Lungen oder im Kehlkopf Affektionen hat, deren Charakter als tuberkulös verdächtig ist. Fehlen solche Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane, so spricht das allein bekanntlich noch nicht gegen die Annahme eines tuberkulösen Ursprungs der Krankheit, da ja die Tuberkulose sehr häufig die bronchialen, mesenterialen oder retroperitonealen Lymphdrüsen befällt und von dort aus, selbst unter Verschonung der Lungen, andere Organe des Körpers in Mitleidenschaft zieht. Es ist daher notwendig, sich genau danach zu erkundigen, sowohl anamnestisch wie durch objective Untersuchung, ob der Patient bisher schon Krankheiten durchgemacht hat, welche heutzutage als zur Tuberculose gehörig aufgefasst werden müssen. Dahin gehören Verkäsung von Lymphdrüsen, tuberkulöse Knochen- und Gelenkaffektionen. Auch die Hereditätsfrage ist nicht unberücksichtigt zu lassen und das anamnestische Inquisitorium darauf hinzulenken, ob unter den Angehörigen des Kranken Krankheiten bestehen oder vorgekommen sind, deren phthisische Natur über allen Zweifel erhaben ist. Fällt das alles negativ aus, so ist mit grösster Wahrscheinlichkeit die Annahme einer tuberkulösen Bauchfellentzündung als gegenstandslos zu verwerfen. Bauer meint, dass die strangförmige Retraktion des Netzes und andere fühlbare Schwartenbildungen dem Verdacht auf die tuberkulöse Form einige Stütze geben, fügt aber selbst hinzu, dass diese Wahrnehmung mit nichten als entscheidendes Kennzeichen in Betracht käme, und das mit vollem Recht, denn Verdickungen des Bauchfells und fibrinöse Auflagerungen sind, wie die Fälle von Henoch und Vierordt zeigen, auch bei der idiopathischen Peritonitis nichts Ungewöhnliches. Nicht zu übersehen ist, dass die tuberkulöse Peritonitis besonders bei Kindern, die ja für unsere Krankheit, wie wir noch später sehen werden, eine grosse Rolle spielen, ja überhaupt das grösste Kontingent dazu zu stellen scheinen, meistenteils ihren Ausgangs-

punkt vom Darm nimmt. Danach würden anhaltende Duchfälle mehr für tuberkulöse, Fehlen derselben mehr für eine einfache Peritonitis sprechen; wir haben in der That schon gesehen, dass Durchfälle bei der letzteren entschieden zu den Seltenheiten gehören. Aus diesem Grunde ist auch die Ansicht Christensens, dass chronische diphtherische oder sonstige katarrhalische Entzündungen des Dickdarms, die bisweilen eine erhebliche Ausdehnung des Unterleibes durch Tympanites verursachen und deshalb zu diagnostischen Irrtümern Anlass geben könnten, und seine Angabe, dass hierbei der Schmerz mehr in in der linken Seite und im untern Teil des Dickdarms empfunden werde, von geringer Bedeutung. Vielmehr muss bei den diagnostischen Erwägungen die Thatsache Berücksichtigung finden, dass das freie Exsudat der tuberkulösen Entzündung selten von beträchtlichem Umfange ist, dass die Abmagerung weit bedeutender ist und gleichmässig zunimmt, zudem periodische Fiebererscheinungen zu den regelmässigen Begleitern des Prozesses gehören, während bei der idiopathischen Form nach den bisherigen Wahrnehmungen periodische Steigerungen der Eigenwärme nur in einem Teil der Fälle beobachtet wurden und fast niemals oder nur ganz ausnahmsweise höhere Grade erreichten. Von Nutzen ist es, behufs Sicherstellung der Diagnose eine bei den heutigen antiseptischen Cautelen völlig ungefährliche Probepunktion zu machen und die Beschaffenheit des Exsudates selbst zu Rate zu ziehen, welches, wenn der entzündliche Prozess auf tuberkulöser Basis beruht, in der Regel eine mehr oder weniger bedeutende hämorrhagische Beimischung zeigt, wenigstens niemals frei von morphologischen Bestandteilen ist. Bei Berücksichtigung aller angeführten Momente wird sich in den meisten Fällen eine Entscheidung über die Frage, ob tuberkulös oder nicht, mit einiger Sicherheit treffen lassen. Sobald sich freilich aus den subjectiven Angaben des Patienten oder aus dem objectiven Befunde irgend ein zuverlässiger Anhaltspunkt für die tuberkulöse Natur des Leidens ausfindig machen lässt, wird man gewiss mehr geneigt sein, die letztere Form anzunehmen, obschon nach Aran auch bei unzweifelhaft tuberkulös belasteten Individuen die einfache chronische Peritonitis vorkommt, eine Ansicht, gegen welche ein triftiger Einwand sich nicht erheben

lässt. Denn warum sollte ein Phthisiker, der so wenig wie andere Menschen gegen Scharlach, Masern und dergl. gefeit ist, nicht auch eine von seinem Grundleiden unabhängige Bauchfellentzündung bekommen, so richtig es auch sein mag, bei mehreren Krankheiten eines Patienten an einen ätiologischen Zusammenhang zu denken. Es will fast scheinen, als ob hierher diejenigen Fälle von Peritonitis tuberculosa gehörten, welche nach dem übereinstimmenden Zeugnis verschiedener Autoren in Heilung übergegangen sind, wenngleich keineswegs bestritten werden soll, dass in einigen wenigen Fällen auch diese Krankheit zur Ausheilung gelangen mag.

Nächstdem kommen differentiell-diagnostisch diejenigen Ergüsse in die Peritonealhöhle in Betracht, welche nach ihrer anatomischen Entstehung als Produkte eines transsudativen Vorgangs, hervorgerufen durch Stauungen im Pfortadergebiet, angesehen werden müssen. Die Compression der Pfortader kann sowohl ihre Wurzel als ihren Stamm als ihre erneute Verzweigung in der Leber betreffen. Für alle drei Zustände giebt es bekannte ursächliche Momente. Im Wurzelgebiet der Vena port. kommt es zu Stauungen bei der tuberkulösen Vergrösserung der bekanntlich sehr zahlreich im Mesenterium und hinter dem Peritoneum angehäuften Lymphdrüsen, bei Geschwülsten der Ovarien, des Uterus, des Netzes. Bei diesen Geschwülsten ist der Ascites Folge des Drucks, den sie auf die den Stamm der Pfortader zusammensetzenden Wurzelvenen ausüben; ihr stetes Wachstum wirkt auch reizend auf das Bauchfell ein, so dass sich hier Exsudation und Transsudation in der Erzeugung eines Ascites mit einander verbinden. Eine genaue objective Untersuchung wird neben den anamnestischen Erhebungen diese Krankheitsprozesse ausschliessen lassen.

Was nun den Stamm der Pfortader anbelangt, so kann die Compression desselben bedingt sein durch Gallensteine. In Rücksicht darauf wird man in der Abwesenheit einer icterischen Färbung der Haut und der Schleimhäute und in der Abwesenheit der für die Gallensteinkolik charakterischen, periodisch auftretenden Schmerzanfälle, welche bei dem Durchtreten der Gallensteine durch den Ductus hepaticus oder cysticus in den Ductus choledochus und weiter in den Darm entstehen, wichtige unterscheidende Merkmale haben. Dass Neu-

bildungeu in der Leber einen Sitz haben können, der einen Druck auf die Pfortader zur Folge hat, ist klar. Es handelt sich vorzugsweise um Carcinom und Echinococcus der Leber. Bei ersterem würden das Alter und die Erblichkeit und, da es meist secundär ist, carcinomatöse Neubildungen an anderen Körperstellen massgebend sein. Unsere idiopathische Peritonitis dagegen befällt vornehmlich jugendliche Individuen. Für Echinococcus würde als charakteristisches Kennzeichen ein eigentümliches, leider selten deutlich wahrnehmbares Geräusch, das Hydatidenschwirren, zu berücksichtigen sein, welches man erhält, wenn man mit der flachen Hand einen raschen Stoss auf die Geschwulst ausübt. Von grossem Wert ist die Untersuchung der Echinococcusflüssigkeit, die bekanntlich mit der Cerebrospinalflüssigkeit das gemeinsam hat, dass sie ziemlich eiweissfrei ist. Thrombose der Pfortader, die mit Notwendigkeit Ascites hervorruft, gehört zu den allerseltensten Krankheiten. . Sie ist sehr schwer zu diagnosticieren und daher auch sehr schwer auszuschliessen, kommt aber kaum ernstlich in Betracht. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass bei einer Thrombose der Pfortader wegen Überfüllung der Magen- und Darmgefässe wiederholte Magen- und Darmblutungen auftreten. Es werden auch noch andere Ursachen genannt für die Compression der Pfortader, sie sind aber so ausserordentlich selten, dass sie der Anführung nicht bedürfen.

Eine Compression der Vena port. in ihrer neuen Verästlung in der Leber wird bewirkt durch verschiedene Leberkrankheiten, die eine Vergrösserung des Organs zur Folge haben. Ausser den Geschwülsten, die bereits erledigt wurden, sind hier die Lännecsche und Charcotsche Lebercirrhose, die syphilitische Leberentzündung zu erwähnen. Bei der Cirrhose hat man neben den Anhaltspunkten, die ich aus der Anamnese entnehmen lassen, wie Alkoholismus, auf den Stauungstumor zu achten, welcher durch vermehrten Blutreichtum und durch diffuse Bindegewebswucherung in der Leber zustande kommt. Der Leib ist meist schmerzfrei, kann jedoch durch Zerrung des die Leber überziehenden Bauchfells auch schmerzhaft sein. Die Stühle sind in der Regel gelblich, lehmartig, um den Nabel herum findet sich oft eine auffallende Schlängelung

und Erweiterung der Venen. Die Farbe der Haut ist in einigen Fällen deutlich icterisch, meist aber eigentümlich dunkel-schmutzig erdfahl. Die Grössenverhältnisse der Leber genau festzustellen, ist bei vorhandenem Ascites nicht leicht. Im ersten Stadium ist die Leber vergrössert, später geschrumpft, die Schrumpfung betrifft meist den linken Lappen. Bezüglich der Charcotschen biliären Lebercirrhose, die in ihrem Ursprung und klinischen Verlauf von der genannten Form wohl zu unterscheiden ist, sei erwähnt, dass dieselbe von Anfang an mit Icterus einhergeht, der sich bei unserer Peritonitis nie vorfindet.

Viel mehr differentiell-diagnostisch ins Gewicht fällt die Lebersyphilis schon wegen des häufigen Vorkommens, sowohl als umschriebene gummöse wie als diffuse Form. Pathognomonische Kennzeichen giebt es für sie nicht, obzwar angegeben wird, dass grobe Unebenheiten auf der Oberfläche der Leber und heftige Schmerzen in der Lebergegend besonders bei der syphilitischen Leberentzündung vorkommen. Man wird, wie so häufig, lediglich auf die Glaubwürdigkeit der Anamnese angewiesen sein, wenn nicht alte Narben an den Genitalien oder im Rachen den Gedanken an eine luetische Leberaffection nahelagen.

Allgemeine Kreislaufstörungen, welche Ascites verursachen, werden mit Leichtigkeit sich ausschliessen lassen. Eine genaue Untersuchung des Herzens und der Lungen wird darüber Aufschluss geben, ob etwaige organische Veränderungen dieser Organe vorliegen, welche Circulationshindernisse im Gefolge haben, unter denen die Pfortader um so mehr leiden muss, als der Blutdruck in ihr bekanntlich ein ausserordentlich geringer ist.

Mit Rücksicht auf einen etwaigen nephritischen Ursprung der Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle wird man den Urin auf Eiweiss prüfen und ohne jede Schwierigkeit zu einer sichern Entscheidung gelangen. Zudem braucht nicht erst gesagt zu werden, dass sowohl bei Stauungshydrops als bei Morbus Brightii als endlich bei Hydraemie neben Ascites auch anderswo ein Austritt von Flüssigkeit aus den Gefässen stattfindet: es finden sich ödematische Schwellungen an den oberen und unteren Extremitäten, am Hoden, im Gesicht u. s. w. Doch soll nicht vergessen werden, dass bei lange dauernden Peritonitiden und bei reichlichem Exsudat der rück-

läufige Strom in der unteren Hohlvene behindert wird und demzufolge leichte Ödeme an den unteren Extremitäten bisweilen beobachtet werden.

Zuweilen kann die Unterscheidung unserer Krankheit von grösseren Ovarialcysten erheblichen Schwierigkeiten unterliegen. Man wird in dieser Beziehung auf die palpatorischen und percutorischen Ergebnisse genau zu achten haben. Ist die Ovarialcyste prall gespannt, so wird sich dieselbe als circumscripter Tumor mit deutlicher Elasticität und Fluktuation markieren. Bei Lagerungswechsel ändert sich die Stelle der Fluktuation bei Cysten kaum, bei Ascites sehr bedeutend. Viel schwieriger gestaltet sich die Sache, wenn die Cysten dünne, schlaffe Wandungen haben. Da der Darm auf der Flüssigkeit schwimmt, so wird im allgemeinen bei freier Bauchwassersucht der mittlere Teil des Abdomens den gewöhnlichen tympanitischen, die seitlichen Teile einen gedämpften Schall geben, während grössere Ovarialcystome die entgegegengesetzten Verhältnisse zeigen. Ausserdem ändern sich bei Wechsel der Lage des Kranken die percutorischen Ergebnisse, indem die freie Flüssigkeit in der Abdominalhöhle dem Gesetz der Schwere folgt, wogegen Cysten dies nur in geringem Masse oder gar nicht thun. Indessen muss man auch daran denken, dass bei recht bedeutenden Ergüssen auch die mittleren Regionen des Unterleibes einen matten, leeren Schall geben, weil alsdann das Mesenterium zu kurz ist, als dass der Darm die Oberfläche der Flüssigkeit erreichen könnte und daher sozusagen unter Wasser gehalten wird. Die Resultate der Untersuchung per vaginam, besonders der Nachweis der freien Beweglichkeit des Uterus bei Ascites, während bei Ovarialcysten der Uterus sehr häufig durch Adhäsionen fixiert ist, werden mit dazu beitragen, über die Frage, ob Ascites oder Ovarialcystom, ins Reine zu kommen.

Eine besondere Beachtung verdienen noch diejenigen Fälle, bei denen Geschwülste unter den Bauchdecken gefühlt werden können. Es wird nicht immer leicht sein, über die Bedeutung derselben sich Klarheit zu verschaffen. Wir müssen hier unser Urteil nach den subjectiven Angaben, der bisherigen Entwicklung des Leidens, nach dem Alter u. s. w. zu bilden suchen. Neben malignen Neubildungen, dem Sarcom und Carcinom,

muss die Möglichkeit der Fibrintumoren, deren schon früher gedacht wurde, ins Auge gefasst werden.

Es wurde schon am Anfang der Besprechung der diagnostischen Verhältnisse erwähnt und soll hier noch einmal ausdrücklich hervorgehoben werden, dass die Diagnose unserer Krankheit anfänglich nur bei gewissenhafter Berücksichtigung und nach eingehender Würdigung aller einschlägigen Verhältnisse mit einiger Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann, und dass dort, wo die Sache in dubio gelassen werden muss, der weitere Verlauf über die Natur des Leidens Aufklärung giebt, da hinsichtlich des Ausgangs zwischen der idiopathischen Peritonitis und den meisten andern in Betracht gezogenen Krankheiten ein bemerkenswerter Unterschied obwaltet.

Denn während man von diesen beiden sagen muss, dass sie grösstenteils trotz aller therapeutischen Massnahmen ein letales Ende nehmen, kann glücklicherweise für die in Rede stehende Krankheit der Grundsatz gelten, dass sie eine durchaus günstige Prognose giebt. Die wenigen Fälle, welche mit Tode abgingen, sind wahrscheinlich andrer Natur gewesen. Es liegt der Gedanke nahe genug, dass bei der notorischen Schwierigkeit der Diagnose vielleicht diagnostische Irrtümer, Verwechselungen z. B. mit der tuberkulösen Peritonitis gemacht worden sind. Andererseits ist offenbar die Möglichkeit nicht zu bestreiten, dass auch ein an idiopathischer Bauchfellentzündung Leidender sterben kann, z. B. wenn es sich um ein in ungünstigen äussern Verhältnissen lebendes oder sonst körperlich heruntergekommenes Individuum handelt. Viel wird auch von der Beschaffenheit des Exsudates abhängen, indem einfache seröse oder serös-fibrinöse Ergüsse in der Regel völlig resorbiert werden, während die Prognose quoad restitutionem um so ungünstiger wird, je faserstoffreicher die ausgeschwitzte Flüssigkeit ist. In letzteren Fällen kommt es oft zu ausgedehnten Verwachsungen, die sich als dicke Stränge durch die Bauchdecken durchfühlen lassen. Stiller macht darauf aufmerksam, dass diese Adhäsionen aus einer kurzwelligen Fluktuation gefolgert werden können, die nur auf kurze Distancen fühlbar ist. Durch derartige Verwachsungen findet auch jene öfters gefundene Thatsache genügende Erklärung, dass bisweilen abhängige Abdominalteile lauten tympanitischen, erhöhtere

dagegen gedämpften Percussionsschall geben. Nach demselben Autor können übrigens diese Adhäsionen des Bauchfells durch Vermehrung der Exsudation oder durch erhöhte peristaltische Darmbewegungen bei diarrhoischen Zuständen wieder gelöst werden, sodass alsdann beim Anschlag die Fluktuationswelle wieder grösser wird. Es ist nach ihm für Adhäsionen von Bauchorganen bezeichnend, dass die Kranken beim Gehen und Stehen eine vornüber gebeugte Haltung einnehmen, weil durch das Geraderichten des Körpers eine schmerzhafte Zerrung des Bauchfells hervorgerufen werden würde. Ausdrücklich hervorgehoben muss noch werden, dass die Krankheit oft recidiviert, dass nach scheinbarer Heilung der Exsudationsprozess von neuem anhebt, um dann schliesslich endgiltig in Heilung überzugehen. Dass bei sonst gesunden und kräftigen Individuen die Krankheit schneller zum Schwinden kommt, als bei schwächlichen und schlecht genährten, ist selbstverständlich. Unleugbar ist, dass auch Heilungen vorkommen ohne alle therapeutischen Verordnungen.

Indessen wird es in den meisten Fällen angemessen sein, durch eine geeignete Therapie auf einen schnellen günstigen Verlauf hinzuwirken. Nach Galvagni soll man rein exspectativ verfahren. Er empfiehlt vor allem Bettruhe und eine streng geregelte Diät. Die Bettruhe hat insofern Nutzen, als sie der Resorption förderlich ist und die Bettwärme die Transpiration günstig beeinflusst; ausserdem empfiehlt sich die Bettruhe schon wegen der Schwerfälligkeit der Patienten bei reichlichem Exsudat von selbst. Zur Kräftigung muss eine leicht verdauliche, aber eiweissreiche Nahrung in Verbindung mit Wein gereicht werden.

Zur Beförderung der Resorption des Exsudates stehen uns verschiedene Mittel zu Gebote, unter denen man eine passende Auswahl zu treffen hat. Viele Autoren legen grosses Gewicht auf die Application von Kataplasmen und Priessnitz'schen Umschlägen und wollen ihnen erheblichen Einfluss zuschreiben. Eine grosse Rolle spielen noch immer Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe, die besonders von Vierordt in ausgedehntem Masse in Anwendung gezogen wurde. Nach seinen Erfahrungen hat er dadurch selbst dort eine günstige Einwirkung gesehen, wo andere Massnahmen erfolglos ge-

blieben waren. Die gerade entgegengesetzte Meinung vertritt Bamberger, welcher diesem Mittel keinen entschiedenen Einfluss auf die Resorption zuschreiben zu können glaubt. Gewiss werden die resorbierenden Eigenschaften der grauen Salbe wie der Jodpräparate viel zu hoch angeschlagen, und wenn in den Vierordt'schen und anderen Fällen bei ihrer Anwendung Fortschritte zu verzeichnen waren, so sind dieselben wohl mehr auf Rechnung einer guten, geregelten Hospitalpflege zu setzen. Es ist schwer, bei Krankheiten, die auch ohne Arznei zur Heilung kommen, zu sagen, wie viel von dem Erfolg dem medicamentösen Teil der Behandlung zufällt.

Da man meist genötigt ist, auch innerlich Arznei zu verordnen, so empfehlen sich als das Beste wohl die harntreibenden Mittel. Freilich muss vor den schärfer wirkenden gewarnt werden, weil sie einen zu starken Reiz auf die Nieren ausüben. Am meisten in Gebrauch ist ein Aufguss von Wachholderbeeren, deren milde Wirkung, aber sichere Beförderung der Diurese sich nicht verkennen lässt. Sehr empfehlenswert sind, wie allgemein bekannt, die Quellen von Wildungen und Vichy, die gleichfalls, ohne das Nierenparenchym zu reizen, eine unleugbare Vermehrung der täglichen Harnmenge herbeiführen.

Dass die Beförderung der Diaphorese eine Abnahme des Exsudates zur Folge hat, ist nach zahlreichen Erfahrungen zweifellos und dementsprechend sind schweisstreibende Mittel vielfach in Anwendung gebracht worden. Das Pilocarpin freilich erfreut sich keiner sonderlichen Beliebtheit mehr wegen der unangenehmen, störenden Nebenwirkungen, welche dieses Alkaloid insbesondere auf die Verdauungsorgane ausübt. Dafür werden, wie auch bei unserer Patientin, sogenannte Schwitzthees gegeben, die ganz unschädlich sind und dem gedachten Zwecke zuweilen genügen. Bei Kindern sind sehr zweckmässig lauwarme Bäder in Gebrauch, deren günstige Beeinflussung der Entfernung des Exsudats keiner Bestätigung bedarf.

In denjenigen Fällen, in denen sich die diuretischen und diaphoretischen Mittel als unwirksam erweisen, ist man oft geneigt, zu den abführenden Arzneien seine Zuflucht zu nehmen, und zwar werden, um möglichst bald die bei der bisherigen Behandlungsweise vermisste

sichtbare Einwirkung auf die Resorption des Ergusses zu haben, meistenteils die drastischen Mittel versucht. So verständlich und zweifellos ihre Wirksamkeit auch ist, da sie eine bedeutende Wasserentziehung bewirken, so wird doch aus guten Gründen vor der schablonenmässigen Anwendung derselben gewarnt. Denn die damit verknüpften entzündlich-katarrhalischen Darmaffektionen, welche einen schwer zu bekämpfenden diarrhoischen Zustand des Darmkanals im Gefolge haben, sind nur dazu angethan, die Kräfte der ohnehin durch eine lange Krankheitsdauer heruntergekommenen Individuen noch mehr zu erschöpfen. Gegen leichtere Laxantia, wie sie auch in unserem Falle der Abwechselung wegen eine Zeit lang dargereicht wurden, lässt sich nichts einwenden.

Man wird aber, wenn die Anregung der Harnsecretion und Transpiration zu dem gewünschten Resultat nicht geführt haben, immer besser thun, die Punktion des Abdomens vorzunehmen. Niemeyer und andere wollen die Indicationen zu dieser kleinen Operation sehr eingeschränkt wissen und dieselbe nur dort gelten lassen, wo durch die Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle eine sehr erhebliche Erschwerung der Respiration verursacht wird, so dass das Leben bedroht ist. Richtig ist allerdings, dass in vielen Fällen nach Vornahme der Punktion der Erguss von neuem sich einstellt, weil der bis dahin bestandene bedeutende intraabdominelle Druck auf die Capillaren des Bauchfells, welcher die Exsudation in Schranken hielt, plötzlich fortfällt, so dass alsdann bald neue Punktionen erforderlich werden. Auch legt man Gewicht auf den Umstand, dass es nicht blos Wasser, sondern Eiweisslösungen sind, die dem Körper entzogen werden und die darin noch eine nützliche Verwendung finden könnten. Aus diesem Grunde tritt denn auch oft nach der Punktion eine Entkräftung zu Tage, die bei Wiederholung derselben noch grösser wird. Andererseits darf aber auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass lange bestehende Wasseransammlungen in der Abdominalhöhle die resorbierenden Eigenschaften der Lymph- und Blutcapillaren erheblich beeinträchtigen, weil sie dieselben comprimieren und die Lymphstomata zur Verödung bringen. Deshalb wird mit Recht von Henoch, Ewald u. a. die möglichst frühzeitige Vornahme der Punktion befürwortet. Dass dadurch keine definitive

Ausheilung des entzündlichen Prozesses herbeigeführt wird, hat auch unser Fall gezeigt, in dem nach mehreren operativen Entleerungen von neuem Flüssigkeit in die Bauchhöhle ergossen wurde, weshalb später wieder auf die medicamentöse Behandlung zurückgegriffen wurde. Handelt es sich darum, Fibrinauflagerungen zum Schwinden zu bringen, so empfiehlt Rehn, anstatt der beliebten Jodeinreibungen, die leicht zu Erythem führen, sich der warmen Moorumschläge zu bedienen, von deren vortrefflicher Wirkung er sich in mehreren Fällen überzeugte. Indessen dürfte es auch dadurch nicht immer gelingen, das erhoffte Resultat zu erzielen. Vielfach bleiben Verwachsungen bestehen, die früher oder später die selten ausbleibenden Recidive bedingen.

In der Reconvalescenz kann die gute Pflege sehr wesentlich durch zweckdienliche Arzneimittel unterstützt werden. Leberthran, der als leicht verdauliches Fett eigentlich ein gutes Nahrungsmittel darstellt, wird vielfach gebraucht, soll aber doch, besonderes im Sommer, wegen seiner üblen Wirkung auf den Digestionsapparat möglichst gemieden werden. Dagegen ist es ganz zweckmässig, Eisen- und Chinapräparate eine Zeit lang nehmen zu lassen. Bei Kindern ist besonders Sympus ferri jodati beliebt. Auch vom Arsenik, dessen beschleunigende Wirkung auf den Stoffumsatz durch daraufhin angestellte Beobachtungen sicher gestellt ist, sollte mehr als bisher Gebrauch gemacht werden. Man giebt am besten Arsenik mit Eisen zusammen, um durch diese Verbindung die erfolgreiche Beeinflussung der Genesung zu verdoppeln.

Es erübrigt noch, der Frage nach der Ätiologie der chronischen idiopathischen Peritonitis näher zu treten. Es ist nicht leicht, eine sichere Grundlage für die Entstehung derselben zu gewinnen. Ist doch überhaupt neben der Therapie die Ätiologie der wundeste Punkt in der gesamten Medizin. Eine ganze Reihe hochachtbarer Autoren steht auf dem Standpunkt, ihr Vorhandensein als eine selbständige Krankheitsform in Frage zu stellen. Niemeyer hält es für unerwiesen, dass „es einen idiopathischen entzündlichen Ascites gebe, welcher, aus Erkältungen hervorgehend, in der Regel nach mehrmonatlicher Dauer in Genesung endigen soll". Auch Wunderlich und Bamberger vertreten diese Ansicht, sie wollen den soge-

nannten „essentiellen Ascites“ nur als ausserordentlich selten vorkommend gelten lassen. Am entschiedensten negierend verhalten sich Christensen, Louis, Grisolle, welche nur eine durch Tuberkulose oder Carcinom bedingte Bauchfellentzündung kennen. Doch konnte auch Christensen in 2 von 9 Fällen keins von diesen beiden ätiologischen Momenten als Ursache verwerten, und Grisolle giebt einen seltenen „idiopathischen Ascites“ zu, der aber keine Entzündung zur anatomischen Grundlage habe, als Folge einer Erkältung, eines kühlen Getränks bei schwitzendem Körper oder der Unterdrückung einer Blutung. In neuerer Zeit aber sind, durch Galvagnis Arbeit über diesen Gegenstand angeregt, schon eine ganz erkleckliche Zahl hierher gehöriger Fälle veröffentlicht worden. Es wiederholt sich hier ein Vorgang, wie er oft vorkommt, dass etwas, was bisher unbekannt war und worauf von einem zuverlässigen Forscher aufmerksam gemacht wird, sofort von vielen Seiten eine Bestätigung erfährt. Entgegen der Ansicht, dass die Krankheit zu den grössten Seltenheiten gehöre, darf man mit Henoch die Behauptung aufstellen, dass dieselbe viel häufiger ist als man bisher anzunehmen geneigt war. Diejenigen, welche sich gegen die Existenz derselben erklären, glauben sie zu den tuberculösen Entzündungen des Bauchfells rechnen zu müssen, und wenn von Ausheilungen berichtet werde, so sei das auch gerade nichts Wunderbares. Die Möglichkeit, dass auch eine tuberkulöse Bauchfellentzündung in Heilung übergehen kann, wird von vielen Autoren zugegeben. Aber es ist doch sehr fraglich, ob die Heilung so häufig sei, dass alle mitgetheilten Fälle von geheilten chronischen Peritonitiden als tuberkulöse Entzündungen aufgefasst werden dürfen. Und besonders muss darauf hingewiesen werden, dass in den meisten dieser Fälle kein Anhaltspunkt gefunden werden konnte, welcher die Annahme einer tuberkulösen Peritonitis gerechtfertigt hätte. Galvagni berichtet, dass in seinen 12 Fällen nur einmal eine phthisische Belastung nachweisbar war, und Vierordt hat in 29 Fällen nur dreimal eine hereditäre Disposition zu tuberkulösen Erkrankungen nicht ganz ausschliessen können, während aus dem objectiven Befunde kein Grund zur Vermutung der Tuberkulose sich entnehmen liess.

Ganz vereinzelt mit seiner Ansicht über die ursäch-

liche Entstehung der in Rede stehenden Krankheit, des „einfachen Ascites", wie er sie nennt, steht Seiler da, welcher denselben, sobald Tuberculose ausgeschlossen, als Folge einer Hepatitis syphilitica auffasst, selbst dort, wo diese Diagnose weder durch die Anamnese noch durch äussere auf Syphilis hinweisende Symptome gestützt wird. Als einzige andere Möglichkeit giebt er noch an, dass es im kindlichen Alter vielleicht eine heilbare Lebercirrhose gebe. Er beschreibt 4 Fälle, welche Mädchen im Alter von 11—15 Jahren betrafen und allesamt unter dem Gebrauch einer antispezifischen Kur geheilt wurden. Dagegen wird mit Recht eingewendet, dass die syphilitische Leberentzündung durchaus nicht einen so günstigen Verlauf nimmt, vielmehr in den allermeisten Fällen letal endigt. Hätte er nur das unvermeidliche Jod und Quecksilber, dessen Anwendung er die Heilung seiner Fälle zuschreibt, fortgelassen, so würde er sich vielleicht überzeugt haben, dass auch ohne dies antisyphilitische Rüstzeug seine Kranken genesen sein würden.

Die meisten Autoren, welche die Existenz unserer Krankheit anerkennen, wissen über die Entstehung derselben keine sichere Ätiologie anzugeben. Vierordt spricht es offen aus, dass er in ungefähr der Hälfte seiner Fälle kein annehmbares kausales Moment habe eruieren können. Von einigen Autoren wird ein rheumatischer Ursprung angegeben, mit einer gewissen Schüchternheit, die vielleicht dem Umstande zu verdanken ist, dass nach der gegenwärtigen Richtung der Medizin die rheumatischen Ursachen der Krankheiten ziemlich verpönt sind. Galvagni sah in dem vierten Teil seiner Fälle Erkältungen und Durchnässungen dem Ausbruch der Krankheit vorausgehen. Wenn wir auch nicht wissen, wie es bei der „Erkältung" zugeht, so lässt sich doch die rheumatische Entstehung vieler Krankheiten nicht von der Hand weisen. Ob bei diesem Vorgang der „Erkältung" noch irgend welche Mikroorganismen eine Rolle spielen, wie man in der heutigen Bakterienzeit glaubt, ist ganz gleichgiltig. Man darf sich über die Theorie, nach welcher fast alle entzündlichen Krankheiten einen mikroparasitären Ursprung haben sollen, nicht wundern, weil die Zahl der in Betracht kommenden Mikroorganismen so gross ist, dass

noch viele als Krankheitsursachen vergeben werden können. Freilich giebt es auch gutartige organisierte Keime, welche den menschlichen Organismus ganz unbehelligt lassen.

Es muss auffallen, dass unter den zu unserer Krankheit gehörigen Fällen das weibliche Geschlecht und das jugendliche Alter überwiegt. Ja einige wollen aus der idiopathischen Peritonitis eine neue Kinderkrankheit machen, was unbeanstandet gelten darf, wenn man einräumt, dass dieselbe ebenso wie viele andere Kinderkrankheiten auch Erwachsene nicht verschont. Cruveilhier berichtet von einem „ascite des jeunes filles“ von dem er mehrere Fälle heilen sah, Griveau von 14 Fällen, die vorzugsweise junge Mädchen betrafen, ebenso handelte es sich in den Fällen von Rehn und Kormann um Mädchen. Quincke beschreibt 6 Fälle von weiblichen Individuen im Alter von 11, 12, 13, 17, 35 Jahren, Albrecht 3 Fälle von ältern Mädchen, Fiedler 4 Fälle im Alter von 4, 5, 6 und 20 Jahren. Sie bringen die Krankheit in Verbindung mit Anomalien der Sexualorgane und mit der leichteren Bekleidung des Unterleibs, der dadurch den Einflüssen der Witterung mehr ausgesetzt ist. Griveau konnte bestimmt Unregelmässigkeiten der Menses konstatieren. Albrecht folgert aus der Thatsache, dass bei Mädchen bisweilen in den Entwicklungsjahren die Krankheit auftritt, folgende Theorie: „dadurch, dass zur Zeit des Eintritts der Menstruation eine reichliche Blutzufuhr zu den Genitalien stattfindet, werden die angrenzenden Teile des Bauchfells gleichfalls in einen grösseren Reizzustand versetzt, welcher aufhört, sobald die Menses fliessen, aber fortbesteht und eine chronische Entzündung veranlasst, wenn dieselben schwach sind oder gar nicht eintreten“. Für die in der Entwicklungsperiode stehenden Mädchen erscheint diese Hypothese ganz plausibel, auf die jüngeren ist sie nicht anwendbar, und und es bleibt vorläufig nichts anderes übrig, als bei diesen eine Disposition vorauszusetzen, womit allerdings auch nichts Positives gesagt ist.

In einigen wenigen Fällen wird eine traumatische Einwirkung auf den Unterleib als Ursache angeführt. So beschreibt Henoch ausführlich einen Fall von einem vierjährigen Mädchen, welches von seinem rohen unmenschlichen Vater Fusstritte in die Lebergegend be-

kommen hatte, so dass sich von der zuerst afficierten Serosa der Leber eine allgemeine Peritonitis entwickelte, die nach ungefähr 6 Wochen wegen zunehmenden Collapses einen letalen Ausgang nahm. Auch Vierordt konnte in einem Falle ein Trauma anschuldigen. Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben, welcher angab auf der Strasse gestürzt und mit dem Bauch hart aufgestossen zu sein.

Es erscheint der Erwähnung wert, dass nach manchen Beobachtungen unsere idiopathische Bauchfellentzündung kürzere oder längere Zeit nach dem Auftreten von Infektionskrankheiten, als Scharlach, Masern etc. begann, so dass einem ätiologischen Zusammenhang wohl das Wort geredet werden kann. Gintrac behauptet es und andere Autoren, welche das Vorangehen einer akuten Infektionskrankheit ebenfalls zu konstantieren in der Lage waren, führen diese Thatsache blos an, ohne darin eine Entstehungsursache erblicken zu wollen. Etwas Ungewöhnliches liegt in dieser Annahme keineswegs, da wir ja gerade mit Vorliebe die serösen Häute von Infektionskrankheiten in Mitleidenschaft gezogen werden sehen. Allerdings tragen diese Complicationen meist einen akuten Charakter und schliessen sich grösstenteils unmittelbar an den primären Krankheitsprozess an. Doch ist es auch nicht ohne Beispiel, dass erst längere Zeit nach einer durchgemachten Infektionskrankheit sich Krankheitsprozesse geltend machen, die als Nachwirkungen des infektiösen Giftes angesehen werden dürfen. Namentlich bei Kindern dürfte sich diese Ätiologie öfter als zutreffend erweisen, und ich stehe nicht an, unsern Fall, in welchem sich die Krankheit einige Zeit nach dem Ablauf der Masern einstellte, zu dieser Kategorie zu rechnen.

Von Interesse ist die mehrmals gemachte Wahrnehmung, dass sich unsere chronische Peritonitis mit Pleuritis vergesellschaftete. Derartige Fälle sind von Galvagni, Stiller, Quincke, Henoch, Bäumler, Fiedler u. a. beobachtet worden. Bald ging die Erkrankung des Brustfells der des Bauchfells voraus, bald trat sie mit ihr zugleich auf, bald schloss sie sich ihr an. Wie dem auch sein mag, jedenfalls ergiebt sich daraus ein wichtiges Moment für die ganze Auffassung der Krankheit. Denn es zeigt sich darin die Thatsache, dass ein von

Tuberculose unabhängiger Prozess beide serösen Häute ergriff. Da man eine genuine Pleuritis, Pericarditis und Synovitis anerkennt, so wird man auch für das Peritoneum diese Annahme zulassen müssen. Und wenn es noch eines Beweises für die Existenzberechtigung einer chronischen nicht tuberkulösen Bauchfellentzündung bedürfte, so genügt der Hinweis darauf, dass niemand Bedenken trägt, die Hydrocele als chronische idiopathische Entzündung der eigenen Hülle des Hodens aufzufassen, die doch in ihrer embryologischen Entwicklung und in ihrem anatomischen Bau nichts weiter als einen Teil des Bauchfells darstellt. Und so werden denn wohl alle diejenigen, welche gegenüber der Frage von der Existenz unserer Krankheit bisher eine skeptische oder völlig negierende Haltung eingenommen haben, vor der beweisenden Kraft einer ganzen Reihe unzweifelhaft sicher beobachteter Fälle, denen auch der vorliegende sich zugesellt, nun bald die Flagge streichen müssen.

THESEN.

I.

Bei Steisslagen der Frucht empfiehlt es sich stets, prophylaktisch einen Fuss herunterzuholen.

II.

Bei der Behandlung der Diphtherie ist es am besten, lokal mit Aqua Calcis und innerlich roborierend vorzugehen.

III.

Die akute croupöse Pneumonie ist im ersten Stadium antifebril, im zweiten excitierend zu behandeln.

Lebenslauf.

Verfasser, Christian Hermann Albert Vanselow, evangelischer Confession, Sohn des Hofbesitzers Vanselow in Mersin, wurde am 20. Juni 1861 zu Mersin, Kreis Cöslin, geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt derselbe auf dem Gymnasium zu Belgard i. Pommern, welches er Ostern 1882 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er studierte in Berlin von Ostern 1882 bis Michaelis 1886, bestand am 28. Juni 1884 das Tentamen physicum und am 21. Juli 1886 das Examen rigorosum und im Prüfungsjahr 1886/87 die ärztliche Prüfung. Seiner Militärdienstpflicht genügte er vom 1. Oktober 1887 bis 31. März 1888 mit der Waffe bei der 4. Compagnie des 2. Garde-Regiments z. F. und als einjährig-freiwilliger Arzt vom 1. April bis 1. Oktober 1888 im Garde-Füsilier-Regiment und im Regiment der Gardes du Corps.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herrn Professoren und Docenten:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Eichler (†), Fräntzel, Fritsch, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, v. Hofmann, G. Lewin, Leyden, Reichert (†), Schweigger, Virchow, Westphal.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen innigsten Dank aus.